فصلنامه علمی تخصصی طب کار
دوره چهارم/ شماره سوم/ پائیز۹۱/ صفحات۲۷-۱۷

ابعاد استرس شغلی و ارتباط آن با وضعیت سلامت عمومی در پرستاران

مصطفی برزیده[۱]، علیرضا چوبینه[۲*]، سید حمیدرضا طباطبایی[۳]

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد ارگونومی و عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۲. استاد، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۳. استادیار، گروه اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

تاریخ دریافت:۹۱/۰۳/۰۲ تاریخ پذیرش: ۹۱/۰۷/۰۹

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف بررسی ابعاد استرس شغلی و ارتباط آن با وضعیت سلامت عمومی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شده است.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی، ۳۸۵ نفر از پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز که به روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند، شرکت نمودند. نسخه فارسی پرسشنامه محتوای شغلی و پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. برای تحلیل داده ها از آمار توصیفی و آزمون آماری Mann-Whitney U و همچنین نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین (انحراف استاندارد) ابعاد آزادی تصمیم‌گیری (٦/٥٠) ٥٨/١٥، نیازهای روانشناختی (٥/١٤) ٣٨/١٩، حمایت اجتماعی (٣/٦٧) ٢٢/٦٧، نیازهای فیزیکی (٢/٥٨) ١٦/٠٣ و عدم امنیت شغلی (٣/٨٥) ٧/٧٤ بدست آمد. ابعاد آزادی تصمیم‌گیری یا کنترل و حمایت اجتماعی در پرستاران مورد مطالعه در سطح پایین و ابعاد نیازهای روان‌شناختی، نیازهای فیزیکی و عدم امنیت شغلی پرستاران مورد مطالعه در سطح بالا قرار داشتند. نتایج نشان دادند که میانگین (انحراف استاندارد) وضعیت سلامت عمومی (١٢/٩٣) ٢٨/٣٤ است که بیش از نقطه برش تعیین شده (٢٣) می‌باشد. میانگین امتیاز تمامی ابعاد استرس شغلی با وضعیت کلی سلامت عمومی از لحاظ آماری ارتباط معناداری داشت.

نتیجه‌گیری: در اغلب پرستاران مورد مطالعه سطح استرس شغلی بالا بود. اکثر آنها در وضعیت مشکوک به اختلال در سلامت عمومی بودند. هرگونه برنامه مداخله‌ای جهت پیشگیری از بروز اختلالات در وضعیت سلامت عمومی در پرستاران می‌بایست بر کاهش عدم امنیت شغلی و افزایش آزادی تصمیم‌گیری (کنترل) و حمایت اجتماعی (از طرف همکاران و سرپرستان) متمرکز شود.

کلید واژه‌ها: پرستار، پرسشنامه محتوای شغلی، ابعاد استرس شغلی، سلامت عمومی، ایران

[*] نویسنده مسئول: آدرس پستی: دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده بهداشت و تغذیه، صندوق پستی ۱۱۱-٧١٤٦٥ .تلفن: ۰۷۱۱-۷۲۵۱۰۲۰
پست الکترونیکی: alrchoobin@sums.ac.ir

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]

مقدمه

با گسترش جهانی‌سازی، ارتقاء سطح رقابت‌ها، حرکت بیشتر بین ملت‌ها (Cross-national mobility) و تغییر روابط استخدامی، استرس به طور قابل توجهی در بهداشت شغلی اهمیت یافته و یکی از علل مهم زیان اقتصادی در سرتاسر جهان دانسته می‌شود(۲،۱). همچنین شواهدی در دست است که نشان می‌دهد استرس می‌تواند بر روی سلامتی فرد و پیامدهای مهم سازمانی از قبیل بهره‌وری نیز تأثیرگذار باشد(۲).

امروزه در محیط‌های کار هزینه بیماری‌های مزمن مرتبط با کار در حال افزایش است که خود دلیلی آشکار برای وجود استرس شغلی می‌باشد(۳).

در دهه‌های اخیر، مطالعات گوناگونی بر روی ارتباط بین کار، استرس و پیامدهای آن در شاغلان بخش سلامت انجام شده است(٤). در این مطالعات موضوعاتی از قبیل بهره‌وری، حوادث شغلی، غیبت از کار و افزایش آسیب‌های جسمانی و ذهنی در گروه‌های مختلف شغلی مورد بررسی قرار گرفته‌اند(٤).

از میان گروه‌های مختلف شغلی، شاغلان بخش سلامت به ویژه آنهایی که در محیط بیمارستان مشغول به کارند استرس شغلی بالاتری را تجربه می‌کنند(۵). در میان شاغلان بخش سلامت، پرستاری به عنوان یکی از مشاغل با ریسک بالا برای خستگی و بیماری شناخته شده است(٤،٦،۷). محیط بیمارستان می‌تواند استرس و مشکلات فیزیکی را در میان این شاغلان بوجود آورد(٤).

رایج‌ترین روش ارزیابی ابعاد استرس شغلی مدل نیاز– کنترل– حمایت اجتماعی است که توسط کاراسیک و همکاران ارائه شده است(۲،۳،۸). در این مدل خستگی و اختلالات به وسیله تعامل بین نیازهای روان‌شناختی بالا و کنترل پایین فرد بر روی فعالیت‌های شغلی خود بوجود می‌آید(٤).

در مدل نیاز– کنترل، با در نظر گرفتن تعامل بین نیازهای روان‌شناختی و کنترل، چهار نوع عمده از کار تجربه می‌شود: تنش بالا (نیاز بالا و کنترل پایین)، تنش پایین (نیاز پایین و کنترل بالا)، شغل غیر فعال (نیاز پایین و کنترل پایین) و شغل فعال (نیاز بالا و کنترل بالا)(۵). نتایج مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که شرایط نامناسب محیط کار مانند نیازهای شغلی بالا، سطح پایین کنترل شغلی و حمایت اجتماعی پایین در محیط کار، باعث افزایش استرس شغلی و متعاقباً پیامدهای منفی ناشی از آن در افراد می‌شود(۹).

اختلالات ذهنی به ویژه افسردگی، در جمعیت‌های عمومی و شغلی، بسیار معمول می‌باشند. برای مثال، شیوع افسردگی در فنلاند ٦/٤ درصد در کارمندان رسمی و ۱۱/۹ درصد در کارمندان غیررسمی گزارش شده است(۱۰). نتایج تحقیقات انجام شده حاکی از آن است که سلامت و آسیب‌های ذهنی بی‌تأثیر از محیط روانی– اجتماعی نیستند. حمایت اجتماعی پایین در کار و زندگی با ناراحتی‌های ذهنی در ارتباط است(۱۰).

مطالعات نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی باعث کاهش استرس شغلی، افزایش رضایت شغلی و پیشگیری از بی‌خوابی می‌شود و با کاهش بروز افسردگی و اضطراب در ارتباط است(۱۰). همچنین، حمایت اجتماعی به عنوان یک نوع مانع محافظ در مقابل استرسورهای محیط کار عمل می‌کند(۱۰). در تعداد زیادی از مطالعات شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد سطوح پایین حمایت اجتماعی، خطر اختلالات ذهنی را افزایش می‌دهد(۱۰). در مورد تفاوت‌های جنسیتی در موضوع حمایت اجتماعی بایستی گفت که زنان نسبت به مردان هم حمایت اجتماعی بیشتری دریافت و هم ارائه می‌کنند، اما اثر مطلوب حمایت برای مردان قوی‌تر است(۱۰). تقریباً ٤۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان مشکلات سلامت ذهنی دارند(۱۱). سلامت ذهنی را می‌توان چنین تعریف کرد: حالتی از سلامتی که در آن فرد قادر به درک توانایی‌های خویش بوده و توانایی غلبه بر استرس‌های طبیعی زندگی، کار کردن به طور مؤثر و شرکت در فعالیت‌های گروهی جامعه را دارا

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]

می‌باشد(۱۲). عوامل مختلفی در تعیین سلامت ذهنی نقش دارند که از آن جمله می‌توان به ارتباطات اجتماعی، زندگی خانوادگی و استرس شغلی اشاره کرد(۱۳).

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۵ انجام گرفت مشخص شد که بیش از ۲۰٪ کارگران اروپایی اعتقاد داشتند که سلامتی‌شان به سبب استرس شغلی در خطر می‌باشد(۱٤) و در مطالعه‌ای دیگر که در بریتانیا انجام گرفت مشخص شد که شیوع استرس ذهنی در پرستاران ۲۳٪ است(۱۵).

با توجه به مطالب فوق و اینکه مطالعه‌ای در زمینه ابعاد استرس شغلی و ارتباط آن با وضعیت سلامت عمومی در پرستاران ایرانی انجام نشده است، لذا این مطالعه با هدف بررسی و تعیین ابعاد استرس شغلی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز و ارتباط آن با وضعیت سلامت عمومی انجام شده است. اعتقاد بر آن است که نتایج تحقیق می‌تواند بستر لازم را برای ارزیابی ابعاد استرس شغلی و اثر آنها بر سلامت عمومی پرستاران فراهم نموده و به برنامه‌ریزی برای مداخلات ماکروارگونومیک به منظور طراحی مجدد شغل پرستاری جهت ارتقاء سطح سلامت عمومی پرستاران یاری رساند.

روش بررسی

الف) جمعیت مورد مطالعه و انتخاب نمونه‌ها

در این مطالعه مقطعی که از مرداد تا اسفند ۹۰ انجام شد، پرستاران ۱٤ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز که تعداد کل آنان در مقطع زمانی یاد شده برابر با ۲۰٦۹ نفر بود، جامعه مورد مطالعه را تشکیل دارند.

حجم نمونه با استفاده از فرمول:

$$n=\frac{Z^2\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)p.q}{d^2}$$

در سطح اطمینان ۹۵ درصد، ۳۸۵ نفر تعیین شد. این تعداد به صورت تصادفی سیستماتیک از لیست کل پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز انتخاب شدند. پس از مشخص شدن نمونه‌ها، با انجام هماهنگی‌های لازم با دانشگاه علوم پزشکی شیراز و از آن طریق با بیمارستان‌ها، به محل بیمارستان‌ها مراجعه می‌شد و پرستاران مورد بررسی قرار می‌گرفتند. چنانچه هر یک از پرستاران انتخاب شده به هر دلیلی (عدم حضور، عدم تمایل به شرکت در مطالعه و غیره) از نمونه خارج می‌شدند، نفر بعدی در لیست جایگزین وی می‌شد.

قبل از تکمیل پرسشنامه، فرم رضایت‌نامه کتبی در اختیار فرد قرار می‌گرفت تا پس از آگاهی از مفاد آن در صورت تمایل نسبت به امضای آن اقدام نموده و به مطالعه وارد شود.

ب) ابزار گردآوری داده‌ها

۱ـ پرسشنامه ویژگی‌های دموگرافیک

این پرسشنامه که توسط پرستار تکمیل می‌شد به سؤالاتی در مورد سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، میزان تحصیلات، سابقه کار، داشتن شغل دوم، نوع نظام کاری، وضعیت استخدامی، میزان درآمد ماهیانه، ابتلاء به بیماری‌هایی از قبیل قلبی- عروقی، گوارشی، میگرن، روحی- روانی، تنفسی، اختلالات خواب، دیابت و همچنین سؤالاتی در مورد رضایت شغلی و قصد تغییر شغل اختصاص یافته بود.

۲ـ پرسشنامه محتوای شغلی

ابعاد استرس شغلی به وسیله نسخه ترجمه شده و فارسی پرسشنامه محتوای شغلی(۱٦) مورد بررسی قرار گرفت. ۹ سؤال برای ارزیابی بعد آزادی تصمیم‌گیری یا کنترل (٦ سؤال برای ارزیابی زیر مقیاس توانایی استفاده از مهارت و ۳ سؤال برای ارزیابی زیر مقیاس اختیار تصمیم‌گیری)، ۵ سؤال برای ارزیابی بعد نیازهای روان‌شناختی شغل، ۸ سؤال برای ارزیابی بعد حمایت اجتماعی (٤ سؤال برای ارزیابی زیر مقیاس حمایت همکاران و ٤ سؤال برای ارزیابی زیر مقیاس حمایت سرپرستان)، ۵ سؤال برای ارزیابی بعد نیازهای فیزیکی شغل (۳ سؤال برای ارزیابی زیر مقیاس تلاش فیزیکی و ۲ سؤال برای ارزیابی زیر مقیاس بار فیزیکی ایزومتریک)

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]

و ۳ سؤال برای ارزیابی بعد عدم امنیت شغلی استفاده شد. پاسخ هر سؤال در اغلب ابعاد بر روی یک مقیاس چهار گزینه‌ای شامل قویاً مخالف، مخالف، موافق و قویاً موافق امتیازگذاری می‌شد. در برخی ابعاد و زیرمقیاس‌ها تعداد گزینه‌ها بیشتر و متفاوت بود(۱۷).

برای تشکیل خانه‌های مدل نیاز- کنترل، از معیار پیشنهاد شده در راهنمای پرسشنامه محتوای شغلی استفاده شد(۱۷). برای نیل به این هدف، دو بعد نیاز و کنترل با استفاده از میانه به عنوان نقطه برش به دو گروه بالا و پایین تقسیم شدند(۵). در نهایت چهار خانه شامل استرین بالا، شغل فعال، استرین پایین و شغل غیر فعال شکل گرفت. به منظور بررسی پایایی هر قسمت از پرسشنامه که سؤالات آن تنها یک بعد از مطالب مورد نظر را می‌سنجد از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. نتایج نشان دادند که ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های توانایی استفاده از مهارت، اختیار تصمیم‌گیری به ترتیب ۰/٤۳ و ۰/٦٤ و برای بعد آزادی تصمیم‌گیری یا کنترل ۰/٤۸ بدست آمد. همچنین این ضریب برای بعد نیازهای روان‌شناختی ۰/٦۰، برای زیر مقیاس‌های حمایت همکاران و حمایت سرپرستان به ترتیب ۰/۷٦ و ۰/۸۷ و برای بعد حمایت اجتماعی ۰/۸۱، برای زیر مقیاس‌های تلاش فیزیکی و بار فیزیکی ایزومتریک به ترتیب ۰/٦۵ و ۰/۸۵ و برای بعد نیازهای فیزیکی شغل ۰/۷۸ بدست آمد. ضریب آلفای کرونباخ برای بعد عدم امنیت شغلی ۰/۳۲ بدست آمد.

۳ـ پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی(General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)

در این مطالعه، برای تعیین وضعیت سلامت عمومی پرستاران از پرسشنامه GHQ-28 استفاده شد. این پرسشنامه به منظور بررسی سلامت روان و برخی اختلالات روانی به کار می‌رود. این آزمون جنبه تشخیصی نداشته و تنها می‌توان از آن برای جداسازی افراد مشکوک به برخی از اختلالات روانی استفاده نمود(۱۹،۲۰،۲۱). فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی، توسط گلدبرگ و هیلر(Goldberg and Hiller) در سال ۱۹۷۹ تدوین یافت که در برگیرنده ٤ حیطه (مقیاس) ۷ سؤالی شامل سلامت جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید می‌باشد(۱۹). روایی و پایایی ویرایش فارسی این پرسشنامه به تأیید رسیده است(۱۸).

دو شیوه نمره‌گذاری برای پرسشنامه سلامت عمومی وجود دارد. اول، روش سنتی است که گزینه‌ها به صورت (۰-۰-۱-۱) امتیاز داده می‌شوند و مجموع کل نمره هر فرد می‌تواند از صفر تا ۲۸ متغیر باشد. دوم، روش نمره‌گذاری لیکرت می‌باشد که هر سؤال در این پرسشنامه می‌تواند بر مبنای مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت عددی بین صفر تا ۳ را به خود اختصاص دهد (هیچ گاه نمره صفر، گاهی اوقات نمره یک، بیشتر اوقات نمره دو و همیشه نمره سه). در مجموع کل نمره هر فرد می‌تواند از صفر تا ۸٤ متغیر باشد(۱۸).

در این مطالعه از روش دوم (نمره‌گذاری لیکرت) استفاده گردید. نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح سلامت پایین‌تر است. نقطه بحرانی توصیه شده برای تعیین وضعیت کلی سلامت عمومی ۲۳ و بالاتر می‌باشد(۱۹،۲۰،۲۱). بدین ترتیب پرستارانی که نمره کلی سلامت عمومی آنها ۲۳ و بالاتر باشد، مشکوک به اختلالات در وضعیت سلامت عمومی هستند.

ج) روش‌های آماری

به منظور محاسبه میانگین و انحراف معیار ابعاد استرس شغلی از آمار توصیفی و برای بیان اختلاف میانگین ابعاد استرس شغلی در گروه پرستاران سالم و مشکوک به اختلال در وضعیت سلامت عمومی در پرستاران مورد مطالعه از آزمون ناپارامتری Mann-Whitney U استفاده گردید. برای انجام امور آماری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ برای استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱ برخی ویژگی‌های دموگرافیک و شرایط کار پرستاران مورد مطالعه را نشان می‌دهد. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، جامعه مورد مطالعه با میانگین سنی

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]

۳۲/۱ سال جامعه جوانی را تشکیل می‌دهد. از نظر جنسیت اغلب آنان را زنان تشکیل داده و بیشتر آنها متأهل می‌باشند. نزدیک به ۹۰ درصد افراد مورد مطالعه لیسانس بوده و اغلب آنها در نظام نوبتی کار می‌کنند. علاوه بر آن، بیش از نیمی از آنان قصد تغییر شغل دارند.

میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر امتیاز ابعاد استرس شغلی پرستاران مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است. در این جدول هر چه میانگین امتیاز ابعاد آزادی تصمیم‌گیری (کنترل) و حمایت اجتماعی بالاتر باشد نشان‌دهنده استرس پایین‌تر بوده و همچنین هر چه میانگین امتیاز ابعاد نیازهای روان‌شناختی شغل، نیازهای فیزیکی شغل و عدم امنیت شغلی، بالاتر باشد نشان‌دهنده استرس بالاتر است. لازم به توضیح است که برای مشخص شدن وضعیت بالا یا پایین بودن امتیاز در هر بعد، میانگین بدست آمده با حداقل و حداکثر امتیازی که می‌تواند در هر بعد کسب گردد مقایسه می‌شود. بر این اساس همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، میانگین امتیاز ابعاد آزادی تصمیم‌گیری (کنترل) و حمایت اجتماعی پایین بوده که نشان‌دهنده استرس بالا است. از طرف دیگر میانگین امتیاز ابعاد نیازهای روان‌شناختی، نیازهای فیزیکی و عدم امنیت شغلی، بالا بوده که نشان‌دهنده استرس بالا است.

جدول ۱: برخی ویژگی‌های دموگرافیک پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه (n=۳۸۵)

سن(سال)	**میانگین(انحراف معیار)**	۳۲/۱۰ (۷/۳۰)
	حداقل- حداکثر	۲۲ – ۵۶
سابقه کار (سال)	**میانگین(انحراف معیار)**	۸/۴۰(۷/۰۳)
	حداقل- حداکثر	۰/۵ – ۲۹
جنس	**زن**	۳۱۵ (٪۸۱/۸)
	مرد	۷۰ (٪۱۸/۲)
وضعیت تأهل	**مجرد**	۱۵۲ (٪۳۹/۵)
	متأهل	۲۳۳ (٪۶۰/۵)
تحصیلات	**فوق دیپلم**	۳۳ (٪۸/۶)
	لیسانس	۳۴۷ (٪۹۰/۱)
	فوق لیسانس	۵ (٪۱/۳)
شغل دوم	**دارد**	۱۳ (٪۳/۴)
	ندارد	۳۷۲ (٪۹۶/۶)
نظام کار	**نوبت‌کار**	۳۱۴ (٪۸۱/۶)
	روزکار	۷۱ (٪۱۸/۴)
قصد تغییر شغل	**دارد**	۲۱۷ (٪۵۶/۴)
	ندارد	۱۶۸ (٪۴۳/۶)

نتایج حاصل از پرسشنامه GHQ-28 نشان دادند که میانگین و انحراف استاندارد وضعیت سلامت عمومی در کل جامعه مورد مطالعه به ترتیب برابر با ۲۸/۳۴ و ۱۲/۹۳ است. براساس نتایج بدست آمده و نقطه برش تعیین شده (امتیاز ۲۳) جهت تمایز وضعیت سلامت عمومی سالم و مشکوک به اختلال مشخص شد که ۳۵/۳ درصد افراد (۱۳۶ نفر) در گروه سالم و ۶۴/۷ درصد افراد (۲۴۹ نفر) در گروه مشکوک به اختلال قرار دارند.

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]

در جدول ۳، میانگین و انحراف استاندارد ابعاد استرس شغلی و ارتباط آن با وضعیت سلامت عمومی در پرستاران مورد مطالعه ارائه شده است.

آزمون‌های آماری مشخص ساخت که بین میانگین ابعاد آزادی تصمیم‌گیری (p=۰/۰۰۱)، نیازهای روان‌شناختی شغل (p=۰/۰۱۵)، حمایت اجتماعی (p=۰/۰۰۱)، نیازهای فیزیکی شغل (p=۰/۰۰۱) و عدم امنیت شغلی (p=۰/۰۰۱) همچنین زیر مقیاس‌های توانایی استفاده از مهارت (p<۰/۰۰۱)، اختیار تصمیم‌گیری (p=۰/۰۱۲)، حمایت همکاران (p=۰/۰۰۱)، حمایت سرپرستان (p=۰/۰۲۹)، تلاش فیزیکی (p=۰/۰۰۷) و بار فیزیکی ایزومتریک در افراد سالم و مشکوک به اختلال، اختلاف معنی‌داری وجود دارد(p<۰/۰۰۱).

جدول۲: میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر امتیاز ابعاد استرس شغلی پرستاران در جامعه مورد مطالعه (n=۳۸۵)

ابعاد استرس شغلی (i= تعداد آیتم‌ها در هر بعد)	Mean(SD)	امتیاز	
		حداقل- حداکثر (امتیاز کسب شده)	حداقل- حداکثر (امتیازی که می‌تواند در هر بعد کسب شود)*
آزادی تصمیم‌گیری(i=۹)	۵۸/۱۵ (۶/۵۰)	۴۰-۸۶	۲۴-۹۶
توانایی استفاده از مهارت(i=۶)	۲۷/۳۸ (۳/۳۲)	۱۶-۴۰	۱۲-۴۸
اختیار تصمیم‌گیری(i=۳)	۳۰/۷۷ (۴/۶۸)	۲۰-۴۸	۱۲-۴۸
نیازهای روان‌شناختی شغل(i=۵)	۳۸/۱۹ (۵/۱۴)	۲۶-۴۸	۱۲-۴۸
حمایت اجتماعی(i=۸)	۲۲/۶۷ (۳/۶۷)	۱۳-۴۰	۸-۴۸
حمایت همکاران(i=۴)	۱۱/۵۶ (۱/۵۴)	۶-۱۶	۴-۱۶
حمایت سرپرستان(i=۴)	۱۱/۱۰ (۲/۹۱)	۴-۲۸	۴-۳۲
نیازهای فیزیکی شغل(i=۵)	۱۶/۰۳ (۲/۵۸)	۱۰-۲۰	۵-۲۰
تلاش فیزیکی(i=۳)	۹/۵۴ (۱/۶۸)	۴-۱۲	۳-۱۲
بار فیزیکی ایزومتریک(i=۲)	۶/۴۹ (۱/۲۶)	۴-۸	۲-۸
عدم امنیت شغلی(i=۳)	۷/۷۴ (۳/۸۵)	۳-۱۷	۳-۱۷

*براساس راهنمای پرسشنامه محتوای شغلی (۱۷)

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]

جدول۳: میانگین و انحراف استاندارد امتیاز ابعاد استرس شغلی و ارتباط آن با وضعیت سلامت عمومی در پرستاران مورد مطالعه(n=۳۸۵)

ابعاد استرس شغلی (i= تعداد آیتم‌ها در هر بعد)	وضعیت سلامت عمومی				P-value*
	سالم (n=۱۳۶)		مشکوک به اختلال (n=۲۴۹)		
	SD	M	SD	M†	
آزادی تصمیم‌گیری (i=۹)	۶/۴۷	۵۹/۷۵	۶/۳۶	۵۷/۲۸	۰/۰۰۱
ـ توانایی استفاده از مهارت (i=۶)	۳/۳۷	۲۸/۲۲	۳/۲۱	۲۶/۹۲	<۰/۰۰۱
ـ اختیار تصمیم‌گیری (i=۳)	۴/۵۶	۳۱/۵۲	۴/۷۱	۳۰/۳۶	۰/۰۱۲
نیازهای روان‌شناختی شغل (i=۵)	۴/۵۶	۳۷/۲۱	۵/۳۷	۳۸/۷۳	۰/۰۱۵
حمایت اجتماعی (i=۸)	۳/۲۶	۲۳/۳۶	۳/۸۴	۲۲/۲۹	۰/۰۰۱
ـ حمایت همکاران (i=۴)	۱/۱۹	۱۱/۹۱	۱/۶۷	۱۱/۳۷	۰/۰۰۱
ـ حمایت سرپرستان (i=۴)	۲/۵۵	۱۱/۴۴	۳/۰۸	۱۰/۹۲	۰/۰۲۹
نیازهای فیزیکی شغل (i=۵)	۲/۴۹	۱۵/۴۲	۲/۵۷	۱۶/۳۶	۰/۰۰۱
ـ تلاش فیزیکی (i=۳)	۱/۵۷	۹/۲۶	۱/۷۲	۹/۶۹	۰/۰۰۷
ـ بار فیزیکی ایزومتریک (i=۲)	۱/۲۷	۶/۱۶	۱/۲۲	۶/۶۷	<۰/۰۰۱
عدم امنیت شغلی (i=۳)	۳/۵۴	۷/۰۱	۳/۹۵	۸/۱۴	۰/۰۰۱

*بر اساس آزمون Mann-Whitney U بین دو گروه سالم و مشکوک به اختلال

بحث

با توجه به نتایج بدست آمده در مطالعه حاضر(جدول۲)، وضعیت پرستاران در این جامعه از نظر بعد آزادی تصمیم‌گیری یا کنترل در سطح پایین قرار دارد که باعث افزایش سطح استرس شغلی در آنان می‌شود(۲۲). همچنین، بعد نیازهای روان‌شناختی پرستاران در سطح بالا قرار گرفت. این موضوع نشان‌دهنده این است که پرستاران مورد مطالعه از نظر نیازهای گوناگون روان‌شناختی (بارکار، فشار زمانی و غیره) تحت فشار می‌باشند. نتایج نشان دادند که بعد حمایت اجتماعی در جامعه مورد مطالعه در سطح پایین قرار دارد. این موضوع می‌تواند زمینه‌ساز افزایش سطح استرس شغلی در افراد مورد مطالعه باشد(۲۲). با توجه به نتایج این مطالعه، سطح نیازهای فیزیکی شغل در جامعه پرستاری مورد مطالعه بالا است. بالا بودن سطح نیازهای فیزیکی شغل، خطر آسیب‌های جسمانی (نظیر اختلالات اسکلتی- عضلانی و غیره) را افزایش می‌دهد(۲۲).

همچنین نتایج نشان دادند که سطح بعد عدم امنیت شغلی در افراد مورد مطالعه بالا است. طبیعتاً هر چه امتیاز بعد عدم امنیت شغلی بالا باشد، از نظر روانی فرد دچار نشخوار فکری شده و به دنبال راه‌حلی مناسب برای ترک شغل فعلی و یافتن شغلی بهتر و دائمی می‌باشد(۹،۲۲). در چنین وضعیتی احتمال آسیب‌های روانی نیز افزایش می‌یابد(۲۲،۲۳).با در نظر گرفتن دو بعد نیازهای روان‌شناختی و آزادی تصمیم‌گیری (کنترل) و ترسیم مدل نیاز- کنترل، توزیع فراوانی پرستاران مورد مطالعه در خانه‌های این مدل به گونه‌ای است که اغلب آنان در خانه استرین بالا (نیاز بالا و کنترل پایین) قرار می‌گیرند. اگر به چنین وضعیتی سطح پایین بعد حمایت اجتماعی نیز

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]

اضافه گردد مشاهده می‌شود که اکثر این پرستاران در بدترین وضعیت ماکروارگونومیک یعنی حالت ایزو استرین قرار می‌گیرند. این بدان معنی است که این پرستاران سطح بالایی از استرس شغلی را تجربه می‌کنند و به طور کلی در معرض آسیب‌های جسمانی و روانی ناشی از آن قرار دارند.

نتایج این تحقیق نشان داد که اکثر پرستاران مورد مطالعه در وضعیت مشکوک به اختلال در سلامت عمومی قرار دارند به گونه‌ای که میانگین (انحراف استاندارد) وضعیت سلامت عمومی (۱۲/۹۳)۲۸/۳٤ برآورد گردید. این یافته نسبت به نتایج حاصل از مطالعهNorbala و همکاران که در افراد ۱۵ سال و بالاتر در ایران انجام گرفت، بالاتر می‌باشد(۲۰). همچنین وضعیت (میانگین نمره) سلامت عمومی بدست آمده در این مطالعه نسبت به نتایج حاصل از مطالعهCalnan و همکاران که در محیط‌های کار در کشور انگلستان انجام دادند، بالاتر است. وضعیت (میانگین نمره) سلامت عمومی بدست آمده در این مطالعه به نتایج حاصل از مطالعه‌ی محمد بیگی و همکاران که بر روی دانشجویان خوابگاهی دانشگاه‌های شهر اراک در ایران انجام دادند (۲٦/۱۸) نزدیک است(۱۵).

همان‌گونه که در بخش نتایج ملاحظه شد(جدول۳) میانگین امتیاز بعد آزادی تصمیم‌گیری در گروه مشکوک به اختلال به طور معنی‌داری کمتر از مقدار آن در گروه سالم می‌باشد(p=۰/۰۰۱). لذا می‌توان چنین گفت که بعد آزادی تصمیم‌گیری بر سلامت عمومی فرد تأثیر دارد، یعنی پرستارانی که آزادی تصمیم‌گیری کمتری در شغل خود دارند از سلامت عمومی نازل‌تری نیز برخوردارند. این بدان معنی است که این پرستاران (مشکوک به اختلال) دارای کنترل کمتری بر روی مهارت‌ها و جنبه‌های گوناگون عملکرد شغلی خود می‌باشند. کار کردن در چنین شرایطی احتمال آسیب‌های روانی را افزایش می‌دهد(۲۲). این یافته با نتایج حاصل از مطالعات پیشین توافق دارد(۱۵،۲٤،۲۵). میانگین امتیاز زیر مقیاس توانایی استفاده از مهارت در گروه مشکوک به اختلال به طور معنی‌داری کمتر از مقدار آن در گروه سالم می‌باشد(p<۰/۰۰۱). لذا می‌توان چنین گفت که زیر مقیاس توانایی استفاده از مهارت بر سلامت عمومی فرد تأثیر دارد، یعنی پرستارانی که از توانایی کمتری برای استفاده از مهارت در شغل خود برخوردارند از سلامت عمومی نازل‌تری نیز برخوردارند. این بدان معنی است که این پرستاران (مشکوک به اختلال) کنترل کمتری بر روی استفاده از مهارت‌های خود در شغل‌شان دارند. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات پیشین توافق دارد (۱۵،۲٤،۲۵). همان‌گونه که ملاحظه شد، میانگین امتیاز زیر مقیاس اختیار تصمیم‌گیری در گروه مشکوک به اختلال به طور معنی‌داری کمتر از مقدار آن در گروه سالم می‌باشد(p=۰/۰۱۲).

لذا می‌توان چنین گفت که زیر مقیاس اختیار تصمیم‌گیری بر سلامت عمومی فرد تأثیر دارد، یعنی پرستارانی که از اختیار تصمیم‌گیری کمتری در شغل خود برخوردارند از سلامت عمومی نازل‌تری نیز برخوردارند. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات پیشین توافق دارد(۱۵،۲۵،۲٤).

با توجه به داده‌های جدول ۳ ملاحظه می‌شود که میانگین امتیاز بعد نیازهای روان‌شناختی شغل در گروه مشکوک به اختلال به طور معنی‌داری بیشتر از مقدار آن در گروه سالم می‌باشد(p=۰/۰۱۵). لذا می‌توان چنین گفت که بعد نیازهای روان‌شناختی شغل بر سلامت عمومی فرد تأثیر دارد، یعنی پرستارانی که نیازهای روان‌شناختی بالاتری در شغل خود دارند در صورتی که آزادی تصمیم‌گیری آنها پایین باشد از سلامت عمومی نازل‌تری نیز برخوردارند. این بدان معنی است که این پرستاران (مشکوک به اختلال) از نظر نیازهای گوناگون روان‌شناختی (بارکار، فشار زمانی و غیره) تحت فشار بیشتری می‌باشند. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات پیشین توافق دارد(۱۵،۲٤،۲۵،۲٦).

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]

همچنین، میانگین امتیاز بعد حمایت اجتماعی در گروه مشکوک به اختلال به طور معنی‌داری کمتر از مقدار آن در گروه سالم می‌باشد(p=۰/۰۰۱). لذا می‌توان چنین گفت که بعد حمایت اجتماعی بر سلامت عمومی فرد تأثیر دارد، یعنی پرستارانی که حمایت اجتماعی پایینی در شغل خود دارند از سلامت عمومی نازل‌تری نیز برخوردارند. این بدان معنی است که این پرستاران (مشکوک به اختلال) حمایت کمتری از طرف همکاران و سرپرستان خود دریافت می‌کنند. این یافته نیز با نتایج حاصل از مطالعات پیشین توافق دارد(۱۰،۲۳،۲٤،۲۵،۲۷).

میانگین امتیاز زیر مقیاس حمایت همکاران در گروه مشکوک به اختلال به طور معنی‌داری کمتر از مقدار آن در گروه سالم می‌باشد(p=۰/۰۰۱)، لذا می‌توان چنین گفت که زیر مقیاس حمایت همکاران بر سلامت عمومی فرد تأثیر دارد، یعنی پرستارانی که کمتر از طرف همکاران خود حمایت می‌شوند از سلامت عمومی نازل‌تری نیز برخوردارند. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات پیشین توافق دارد(۱۰،۲۳،۲٤،۲۵،۲٦،۲۷).

میانگین امتیاز زیر مقیاس حمایت سرپرستان در گروه مشکوک به اختلال به طور معنی‌داری کمتر از مقدار آن در گروه سالم می‌باشد(p=۰/۰۲۹). بدین ترتیب می‌توان چنین نتیجه گرفت که زیر مقیاس حمایت سرپرستان بر سلامت عمومی فرد تأثیر دارد، یعنی پرستارانی که کمتر از طرف سرپرستان خود حمایت می‌شوند از سلامت عمومی نازل‌تری نیز برخوردارند. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات پیشین توافق دارد(۱۰،۲۳،۲٤،۲۵،۲۷).

میانگین امتیاز بعد نیازهای فیزیکی شغل در گروه مشکوک به اختلال به طور معنی‌داری بیشتر از مقدار آن در گروه سالم می‌باشد(p=۰/۰۰۱). لذا به نظر می‌رسد که بعد نیازهای فیزیکی شغل بر سلامت عمومی فرد تأثیر دارد. و این پرستاران (مشکوک به اختلال) نسبت به گروه دیگر از نظر فیزیکی تلاش بیشتری در شغل خود دارند و انرژی بیشتری نیز برای انجام همان کار مصرف می‌کنند.

نتایج همچنین بیانگر این بودند که میانگین امتیاز زیر مقیاس تلاش فیزیکی در گروه مشکوک به اختلال به طور معنی‌داری بیشتر از مقدار آن در گروه سالم می‌باشد(p=۰/۰۰۷) و بدین ترتیب زیر مقیاس تلاش فیزیکی بر سلامت عمومی فرد تأثیر دارد. این بدان معنی است که این پرستاران (مشکوک به اختلال) نسبت به گروه دیگر از نظر فیزیکی تلاش بیشتری در شغل خود دارند و انرژی بیشتری نیز برای انجام همان کار مصرف می‌کنند. میانگین امتیاز زیر مقیاس بار فیزیکی ایزومتریک در گروه مشکوک به اختلال به طور معنی‌داری بیشتر از مقدار آن در گروه سالم می‌باشد(p<۰/۰۰۱). لذا می‌توان چنین گفت که زیر مقیاس بار فیزیکی ایزومتریک بر سلامت عمومی فرد تأثیر دارد. و بدین صورت به نظر می‌رسد که این پرستاران (مشکوک به اختلال) نسبت به گروه دیگر از نظر فیزیکی تلاش بیشتری در شغل خود دارند و انرژی بیشتری نیز برای انجام همان کار مصرف می‌کنند.

یافته‌های مطالعه نشان دادند که میانگین امتیاز بعد عدم امنیت شغلی در گروه مشکوک به اختلال به طور معنی‌داری بیشتر از مقدار آن در گروه سالم می‌باشد(p=۰/۰۰۱). لذا می‌توان چنین گفت که بعد عدم امنیت شغلی بر سلامت عمومی فرد تأثیر دارد، یعنی پرستارانی که امنیت شغلی کمتری دارند از سلامت عمومی نازل‌تری برخوردارند. این یافته با نتایج حاصل از مطالعهIbrahim و همکاران توافق دارد(۲۳).

از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان گفت که از آنجا که نتایج مربوط به بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها به علت تعداد و تنوع زیاد آنها در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفت، لذا یافته‌های این پژوهش قابل تعمیم به بخش‌های مختلف بیمارستان نمی‌باشد. همچنین، با توجه به اینکه ضرایب آلفای کرونباخ در برخی از ابعاد پایین بدست آمد، لذا مباحث مربوط به آنها می‌بایست با احتیاط بیشتری مورد تحلیل قرار گیرند.

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]

نتیجه‌گیری

براساس نتایج بدست آمده، اغلب پرستاران مورد مطالعه در حالت ایزو استرین (نیاز بالا، کنترل پایین و حمایت اجتماعی پایین) قرار داشتند که نشان دهنده سطح استرس شغلی بالاست. در چنین وضعیتی احتمال وقوع آسیب‌های جسمانی و روانی بالاست. نتایج این مطالعه نشان داد که اغلب پرستاران مورد مطالعه در وضعیت مشکوک به اختلال در سلامت عمومی قرار دارند. از تمامی ابعاد استرس شغلی می‌توان به عنوان عوامل مؤثر بر وضعیت سلامت عمومی پرستاران مورد مطالعه نام برد.

به عنوان نتیجه‌گیری می‌توان چنین اظهار داشت که به منظور ارتقاء سطح سلامت عمومی پرستاران می‌بایست از یک سو آزادی تصمیم‌گیری (کنترل) و حمایت اجتماعی (از طرف همکاران و سرپرستان) افزایش یافته و از سوی دیگر فشارهای فیزیکی و روان‌شناختی کنترل شده و امنیت شغلی ارتقاء یابد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه به وسیله دانشگاه علوم پزشکی شیراز در قالب طرح پایان‌نامه کارشناسی ارشد به شماره ۵۹۱۸–۹۰ حمایت مالی شده است. نویسندگان مقاله مراتب تشکر خود را از همه رؤسای بیمارستان‌ها، سرپرستان و پرسنل پرستاری که در این مطالعه شرکت نموده‌اند، اعلام می‌نمایند. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه آقای مصطفی برزیده دانشجوی کارشناسی ارشد رشته ارگونومی دانشگاه علوم پزشکی شیراز می‌باشد.

منابع

1. Li J, Yang W, Liu P, et al. Psychometric evaluation of the Chinese (mainland) version of job content questionnaire: a study in university hospitals. Ind Health. 2004; 42(2):260-7.
2. La Dou J. Occupational & environmental medicine. 2nd ed. NJ: Prentice-Hall International; 1999.
3. Levy B, Wegman D, Baron S, et al. Occupational and environmental health: recognizing and preventing disease and injury. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2006.
4. Stellman JM, McCann M, Warshaw L, et al. Encyclopaedia of occupational health and safety. 4th ed. Geneva: International Labour Office. 34.2-34.28. 1998.
5. Karasek RA, Theörell T. Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Book; 1990.
6. De Souza Magnago TS, Lisboa MT, Griep RH, et al. Psychosocial aspects of work and musculoskeletal disorders in nursing workers. Rev Lat Am Enfermagem. 2010; 18(3):429-35.
7. Josephson M, Lagerström M, Hagberg M, et al. Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel: a study over a three year period. Ocup Environ Med. 1997; 54(9):681-5.
8. Menzel NN. Psychosocial factors in musculoskeletal disorders. Crit Care NursClin Am. 2007; 19(2):145-53.
9. Chiu YL, Chung RG, Wu CS, et al. The effects of job demands, control, and social support on hospital clinical nurses' intention to turn over. Appl Nurs Res. 2009; 22(4):258-63.
10. Sinokki M, Hinkka K, Ahola K, et al. The association of social support at work and in private life with mental health and antidepressant use: The Health 2000 study. J Affect Disord. 2009; 115(1-2):36-45.
11. Emami H, Ghazinour M, Rezaeishiraz H, et al. Mental health of adolescents in Tehran, Iran. J Adolesc Health. 2007; 41(6):571-6.
12. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice/ a report of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2005.
13. Lauder W, Kroll T, Jones M. Social determinants of mental health: the missing dimensions of mental health nursing. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2007; 14(7):661-9.

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]

14. Burchell B, Fagan C, O'Brien C, Smith M. Working conditions in the European Union: The gender perspective. European foundation for the improvement of living and working conditions, fourth European working conditions survey, office for official publications of the European communities, luxembourg; 2007.
15. Calnan M, Wainwright D, Forsythe M, et al. Mental health and stress in the workplace: the case of general practice in the UK. Social Science and Medicine. 2001; 52(4):499-507.
16. Choobineh A, Ghaem H, Ahmedinejad P. Validity and reliability of the Persian (Farsi) version of the Job Content Questionnaire: a study among hospital nurses. East Mediterr Health J. 2011; 17(4):335-41.
17. Karasek RA. Job Content Questionnaire and user's guide. Lowell: University of Massachusetts, Department of Work Environment; 1985.
18. Noorbala AA, BagheriYazdi SA, Mohammad K. The validation of general health questionnaire-28 as a psychiatric screening tool. Hakim Research Journal. 2009; 11(4):47-53. [Persian]
19. Goldberg DP, Hillier VF. A scale version of general health questionnaire. Psychol Med. 1979; 9(1): 139-45.
20. Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA, et al. Study of mental health status of individuals above 15 years of age in Islamic Republic of Iran in the year 1999. Hakim Research Journal. 2002; 5(1):1-10. [Persian]
21. Mohammad Beigi A, Mohammad Salehi N, Ghamari F, et al. Depression symptoms prevalence, general health status and its risk factors in dormitory students of Arak University. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2009; 12(3):105-12. [Persian]
22. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, et al. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. J Occup Health Psychol. 1998; 3(4): 322-55.
23. Ibrahim S, Smith P, Muntaner C. A multi-group cross-lagged analysis of work stressors and health using Canadian National sample. Soc Sci Med. 2009; 68(1):49-59.
24. Shen HC, Cheng Y, Tsai PJ, et al. Occupational stress in nurses in psychiatric institutions in Taiwan. J Occup Health. 2005; 47(3):218-25.
25. Malinauskiené V, Palmira L, Malinauskas R. Psychosocial job characteristics, social support, and sense of coherence as determinants of mental health among nurses. Medicina (Kaunas). 2009; 45(11):910-7.
26. Yoon HS, Cho YC. Relationship between job stress contents, psychosocial factors and mental health status among university hospital nurses in Korea. J Prev Med Public Health. 2007; 40(5): 351-62.
27. Hansen ÅM, Hogh A, Persson R, et al. bullying at work, health outcomes, and physiological stress response. J Psychosom Res. 2006; 60(1):63-72.

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]